

O GRUPO DE APOIO E SUA FUNÇÃO: UMA “AÇÃO ESPECÍFICA” AO ALEITAMENTO MATERNO E AO VÍNCULO MÃE E BEBÊ

LÚCIA HELENA MORIEL ROMERO COSTA

INTRODUÇÃO

Presenciamos hoje, nestes primeiros anos do século XXI, a grande e veloz evolução científica e tecnológica das pesquisas em relação ao aleitamento materno e sua importância para os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos do desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida; contudo, a despeito de todas essas constatações, ainda é difícil em nosso país, manter o aleitamento exclusivo até o sexto mês.

Considerando que o aleitamento materno é um ato universal e natural da mulher como decorrência do funcionamento do organismo daquela que acaba de dar à luz, seria de esperar que todas as mulheres pudessem e quisessem amamentar seus filhos. O aleitamento materno, embora seja constantemente discutido na mídia, pouco fala sobre o desejo da mulher em relação a essa função de amamentar. Se é natural, por que algumas mulheres a rejeitam? (COSTA, 2008¹)

Segundo Bowlby (1976), é preciso que os bebês e crianças pequenas vivam com sua mãe (ou com quem cuida deles) uma íntima relação amorosa que seja prazerosa para ambos como garantia da saúde mental do bebê. É nessa vivência, passo a passo, que se forma o vínculo. Basta a presença da mãe, como afirma o autor, mas também não há um passe de mágica, e é preciso tempo e muito afeto para que esse vínculo se construa.

Ser mãe envolve a responsabilidade da maternagem, uma prerrogativa única, de trazer ao mundo um ser humano único, e sempre singular. A função materna, indo muito além do ato de alimentar, de fornecer nutrientes para um organismo que deles necessita, vai se construir nessa relação mãe e bebê; relação que faz do bebê um *vir-a-ser* falante (Bergés e Balbo, 1997).

¹ Parte de trabalho apresentado em pôster no *I Seminário Internacional Transdisciplinar de Clínica e Pesquisa sobre o Bebê*, Paris, 1-4 de julho de 2009. Disponível em http://www.institutolangage.com.br/seminario/trabalhos/Poster_1_ao_6.pdf

Considerando que o que vai nascer dessa relação – que dá à luz um bebê e constrói ao mesmo tempo a função materna – é um sujeito falante, capaz de articular em palavras seu desejo eternamente insatisfeito, é preciso fazer desse vínculo uma leitura que considere, além do desenvolvimento da criança, sua estruturação subjetiva. Nesse contexto, se a interação mãe e filho não tiver oportunidade de acontecer, pode haver problemas com o estabelecimento do vínculo. A privação desse contato pode ter consequências, pode deixar marcas nessa relação e comprometer a saúde emocional do bebê. É possível constatar, na vivência clínica, que mesmo com toda a evolução biopsicossocial, é necessário um suporte adequado, que facilite o processo de vinculação. Assim, para que tudo corra bem nesse momento tão especial, a mãe precisa ter o suporte do pai, da família e dos profissionais de saúde (quando necessário). E foi pensando nessa espécie de bem-estar com o bebê que criamos, na Unimed de São José do Rio Preto-SP, o Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno e ao Vínculo Mãe-Bebê, que acompanha mãe e bebê de zero a um ano.

Esse apoio funciona como uma espécie de auxiliar da dupla (mãe-bebê), ajudando-a a superar e a evitar situações que comprometam o vínculo e o apego nessa relação, sempre respeitando os ritmos de cada um e acolhendo suas singularidades no modo de passagem por essa situação de criação de um ser humano definido pela sua possibilidade de alienar-se a esse laço com o outro que o recebe e, num momento posterior, desenlaçar-se, para sobreviver.

Diante dessa reflexão, será apresentado um caso da relação mãe e bebê em sofrimento, sendo o bebê portador de mielomeningocele e hidrocefalia. Nessa situação traumática, foi possível trabalhar o vínculo mãe e bebê através da intervenção precoce, e vemos o quanto foi possível uma evolução em nível físico e psíquico da dupla.

O Grupo de Apoio ao aleitamento materno e ao vínculo mãe e bebê

1.1 Apresentação do GRUPO DE APOIO

O grupo pós-parto iniciou-se em Novembro de 2004 e teve como objetivo inicial ajudar as mães no processo de aleitamento materno de zero a um ano, acompanhando o desenvolvimento e controlando o peso do bebê. Com o decorrer dos encontros, foi observada a necessidade de apoio emocional, devido às angústias e

questionamentos das mães sobre o desenvolvimento do bebê (físico e emocional) e sobre sua estruturação como sujeito falante.

A partir de Junho de 2005, o grupo passou a contar com a participação da psicóloga, e hoje temos como objetivo a intervenção precoce em nível físico e emocional.

Durante a gravidez, a mãe vive num regime fusional e narcísico em que se identifica com o bebê, vivendo-o particularmente como parte de si mesma. Ao conjunto desses processos psicoafetivos que se desenvolvem por ocasião da maternidade, Racamier (1961, p.51), nomeou de “maternalidade”, período que se caracteriza por uma regressão intensa e um investimento libidinal voltado, sobretudo, para o próprio corpo e para o bebê que o habita. (COSTA, 2008²) Considerando que a mulher vive nesse período uma crise de identidade, o autor faz um paralelo, ditado pela semelhança de transformações, entre esse momento e a fase da adolescência, como se a mulher perdesse sua própria identidade, não sabendo o que seria daí em diante. Com o nascimento, de certa forma, a mulher reviveria o seu próprio nascimento.

Norteados pelo trabalho desse autor e em sua definição de maternidade como um período de muita regressão, o grupo ponderou a necessidade de um suporte para a mãe, para que ela também pudesse dar suporte ao seu bebê.

1. 2. Objetivos do GRUPO DE APOIO

O Grupo de apoio ao aleitamento materno tem com objetivo dar apoio às mães nesse período de maternidade em que elas passam por um período de muita regressão. O grupo ponderou a necessidade de um suporte para a mãe, para que ela também pudesse dar suporte ao seu bebê.

Em média, as mães chegam ao grupo com os seus bebês entre quinze e vinte dias e apresentam muitas angústias, que sabemos são próprias desse momento. Essas mães, contudo, trazendo na sua transgeracionalidade a marca de que ser mãe é um instinto nato, vivenciam uma situação de enorme ambivalência, como se não tivessem o direito de ficar cansadas, de sentir-se frágeis, incompetentes e de chegarem mesmo a admitir que o filho cansa.

² Parte dos tópicos abordados nesta introdução, fizeram parte do pôster apresentado no seminário citado anteriormente.

O apoio oferecido pelo grupo apresenta-se como um espaço para o qual a mãe pode trazer todas as suas angústias e compartilhá-las com outras mães. No grupo, elas sentem que tem um lugar em que sua dor pode ser entendida e mesmo fazer sentido, uma vez acolhidas nas suas necessidades. Assim, podem, por sua vez, acolher os seus bebês e em consequência, ocorre à diminuição de suas culpas e a possibilidade de um olhar e de uma escuta diferenciados para com seus filhos.

Criamos na Unimed, o Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno e ao Vínculo Mãe-Bebê, que acompanha mãe e bebê de zero a um ano, porque sabemos o quanto o primeiro ano de vida do bebê é importante na estruturação subjetiva do pequeno ser chamado de humano.

1.3 Métodos de trabalho do GRUPO DE APOIO

Os encontros são semanais e acontecem às segundas-feiras, das 16:00h às 18:00h, com a participação da mãe e do bebê, podendo também participar pai e avós – os pais são sempre convidados.

De novembro 2004 até abril de 2009 já participaram do grupo 176 mães, e desde junho de 2005 os grupos geralmente ocorrem com a participação de 10 a 14 mães ao dia. Esse grupo foi aberto às mães do convênio e da comunidade até abril de 2009 – a partir de maio de 2009 só serão atendidas as mães do convênio, mas nem todas participam durante um ano completo do bebê.

As mães falam de como foi sua semana com o seu bebê e trazem suas dúvidas e questionamentos, tanto em nível prático como emocional. As dúvidas são esclarecidas no dia, e as mães que passaram pelas mesmas dificuldades também ajudam outras mães, estabelecendo uma dinâmica que funciona muito bem para todo o grupo. Levamos temas para serem discutidos com as mães sobre o desenvolvimento do bebê, e outros profissionais como nutricionista, pediatra e fisioterapeuta, também participam.

Os bebês são pesados pela enfermeira semanalmente, e cada bebê tem a sua ficha de desenvolvimento para seu acompanhamento. No primeiro mês de participação de cada mãe, são solicitados cinco desenhos e, depois de dois a três meses, pedimos novamente os mesmos desenhos para podermos acompanhar a evolução emocional das mães em relação a sua função materna. Discutimos com cada

mãe os seus desenhos. E o bebê fica até completar o seu primeiro ano, fazemos então a comemoração de um ano.

As perguntas utilizadas para estimular os desenhos foram:

- 1- O que é ser mãe?
- 2- O que é ser pai?
- 3- O que representa o filho (a)?
- 4- O que significa a amamentação?
- 5- O que representa o grupo para você?

1.4 O papel da intermediação

Este trabalho prioriza a relação mãe-bebê, na construção de um olhar de investimento na dupla, considerando que não é o peito ou a mamadeira que garante a presença desse olhar. Mesmo prestando todo cuidado ao filho, a mãe pode não ser portadora de um olhar de investimento, e sim de um “tomar conta” do corpo. Quando isso acontece, o filho não é investido. O fato é que a amamentação, por si só, não garante a presença de um olhar de investimento; é preciso que esteja em jogo, além do alimento que a mãe conscientemente quer oferecer a seu filho, um algo mais que envolve questões de ordem inconsciente.

O quanto a nossa intermediação vem no sentido de, em primeiro lugar, olhar para essa mãe e acolhê-la. Acreditamos que a partir do momento em que essa mãe é olhada e acolhida ela pode ser continente e ter um novo olhar para seu bebê. Somente a partir dessa construção da maternagem é que a amamentação pode ocorrer de forma mais inteira, em nível nutricional e afetivo.

RELATO DO CASO CLÍNICO: O encontro dos olhos azuis

A ciência pode classificar e nomear os órgãos de um sabiá.

Mas não pode medir seus encantos.

Manoel de Barros

Trazemos para discussão o relato do acompanhamento de um bebê com Mielomeningocele (Anomalia congênita na medula espinhal, que causa a paralisia dos membros inferiores) no Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno e ao Vínculo Mãe-Bebê da Unimed de São José do Rio Preto-SP, coordenado pela Psicóloga e pela Enfermeira.

Segundo Winnicott (1965), “Um bebê não existe sem a mãe”. É assim que esse pediatra e psicanalista define o estado inicial da vida do bebê, na dependência da mãe ou de alguém que a substitua. No entanto, quando em decorrência de uma enfermidade o bebê não responde ao investimento materno, ou quando a mãe, abalada por essa doença, não responde às manifestações de seu filho, o vínculo fica ameaçado. A dupla chega deprimida e desnutrida para o acompanhamento no Grupo de Aleitamento Materno, e o narcisismo dessa mãe, profundamente ferido com um bebê incompleto e frágil, gera sentimentos de rejeição e baixa auto-estima.

O nosso acompanhamento tem como objetivo ajudar essa mãe a fazer o luto do bebê fantasmático e do imaginário (o bebê sonhado, perfeito), para vir ao encontro do bebê real, na cura do que não se cura. Isso não significa dizer que essa mãe vai ao encontro de um organismo doente, mas que vai tomar o real dessa marca orgânica dentro de uma simbolização passível de ser vivida e que lhe permita, se possível, amar esse filho em sua diferença.

Histórico do caso:

Mãe com 28 anos, primípara, bebê do sexo feminino. Ela relata que não queria engravidar nesse momento, e que gostaria que isso só ocorresse seis meses depois. “O pai é quem tinha o maior desejo da gravidez”.

Com cinco meses de gestação, o casal participou do programa de Gestante da Unimed de São José do Rio Preto (Beabá Bebê), com duração de dois meses. No último encontro do grupo, quando ocorre uma dinâmica para a despedida dos pais, todos deixam mensagens para seus bebês. Essa mãe foi a única que só pediu saúde.

No sétimo mês de gestação, a mãe vai sozinha para fazer o ultrassom. Quando é informada do estado de seu bebê: ele tem uma fissura na coluna, uma patologia chamada Mielomeningocele, ela entra em pânico e chora muito.

No mesmo dia, ela e o marido vão para São Paulo, para a USP, e recebem a indicação de uma cesariana, mesmo com o bebê prematuro, pois não seria possível a cirurgia intra-uterina. O especialista fala, sem meias palavras, diríamos mesmo que

sem os cuidados que a delicadeza da situação exige, das dificuldades que o bebê terá ao longo de sua vida.

Voltando à cidade de origem, os pais e a obstetra optam por deixar amadurecer o pulmão e aguardar mais um mês. Nesse último mês de espera, é necessário fazer vários ultrassons para o acompanhamento, e a mãe quer sempre ir sozinha, para não preocupar os familiares e o esposo. Nesse período, fica procurando tudo sobre o assunto da doença na Internet e tenta dividir com o marido suas angústias; contudo, o marido não suporta essa insistência e chega a ficar bravo, dizendo que ela está aterrorizando-o.

Vemos o quanto essa mãe necessita de um tempo para processar todos esses acontecimentos, e que é então que ocorre uma ruptura na ferida narcísica dos pais. A mãe fica muito só, procurando na Internet e indo aos ultrassons sozinha, como se procurasse reconhecer essa filha que está por vir e o medo de como ela irá aceitá-la, e também os demais familiares.

No dia do nascimento, juntamente com o esposo, vão para o hospital os avós e tia materna. A mãe chora o tempo todo, por imaginar agora, sobrepostas a seu bebê, todas as figuras vistas na Internet. No centro cirúrgico, o pai participa do parto e fica atento ao bebê e a sua fissura, por solicitação materna.

As primeiras fotos são da fissura, e não do bebê, e por insistência materna o pai mostra a ela as fotos da “ferida”. Ela fica chocada e chora muito.

O bebê é mostrado à mãe rapidamente, e depois vai para a UTI, para se preparar para a cirurgia de correção da Mielomeningocele, que ocorre após quatro horas de nascida. O pai fica atento e dando notícias do bebê para a mãe. O que faz os pais felizes nesse momento é que a criança consegue evacuar espontaneamente, o que não era esperado do ponto de vista médico.

A mãe vai ver o bebê com atenção após 10 horas de nascida, na UTI. O primeiro olhar não é para o bebê, e sim para “ferida”. Nesse momento, só existe para essa mãe a má formação.

Que relação essa família está formando com esse SER BEBÊ?

Podemos pensar como essa mãe consegue ser só mãe de um bebê, e exercer a função materna e passar por todas as vicissitudes desse momento; ela tem que dar conta do

orgânico, dos curativos de que o bebê necessita. A mãe não consegue descansar e o bebê dorme o tempo todo. Visivelmente essa dupla se deprime e desnutre.

No primeiro mês, há o acompanhamento com a pediatra do hospital, que indica complemento na mamadeira de 90 ml, curativos e as medidas profiláticas. A mãe, desamparada, rejeita essa conduta e procura outro pediatra, em busca de um acolhimento não só orgânico e sim afetivo. Embora se considere acolhida, novamente recusa o complemento na mamadeira de 30 ml, porque acha que só o leite materno seria suficiente.

Com dois meses, a mãe vem participar do Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno. No primeiro encontro dessa dupla, são percebidos mãe e bebê deprimidos e desnutridos; bebê de olho fechado o tempo todo e com a boca na mama e escondida no braço da mãe. A mãe relata a sua história ao grupo, e só fala da má formação, do seu desejo de amamentar exclusivamente o bebê ao peito, e da não continência dos profissionais que a acompanham.

Ao indagar a essa mãe se ela conversava com o bebê sobre tudo o que estava ocorrendo, e se o olhava nos olhos, ela responde que não, que não consegue olhar nem falar com o bebê, que passa a maior parte do tempo de olho fechado e com a boca no seio. A mãe volta sempre a falar da mielomeningocele.

Peço a ela que tire o bebê do peito, olhe para ele e converse com o ele. Para a surpresa do grupo, o bebê tinha os olhos azuis, iguais aos da mãe, e é uma menina muito linda, mesmo desnutrida e com a hidrocefalia. O grupo comenta com a mãe que a filha é muito linda e parecida com ela, trazendo à tona a filiação.

Nesse momento, converso com ela sobre a importância de olhar e ser olhada e falar com o bebê sobre o que está acontecendo. Nesse momento, nós acolhemos o real do corpo, porém sinto a necessidade de que essa mãe possa ver em sua filha um Sujeito, um vir-a-ser sujeito nesse “bebê-fissura”.

A mãe é encaminhada a outro pediatra, que volta a propor um complemento de 30 ml de leite artificial para o bebê e receita para a mãe um antidepressivo que não compromete o aleitamento materno. O complemento será feito com a translactação: a proposta é semelhante a dos outros colegas, porém, de modo diferente, respeitando sua necessidade de ser somente seu peito que nutriria o bebê.

É nessa recusa das indicações dos outros profissionais – antibióticos, colete, cirurgia – que vem à tona de forma mais violenta a angústia da mãe. Diz então que tem momentos em que “imagino que o bebê não tem nada”. Queixa-se muito do olhar das pessoas, das críticas em relação ao bebê. Nesses momentos, tento fazê-la ouvir o que ressoa em suas falas: a dificuldade em ver a realidade da filha; realidade não só orgânica, mas também emocional.

A mãe põe em cena, a todo o momento, o que poderá ocorrer futuramente com o bebê, e eu trabalho com ela a necessidade de viver o dia após o dia, porque com isso ela realmente conseguirá ver sua filha hoje. Trabalho a onipotência e a negação dessa mãe, que não quer usar o antibiótico, o colete, a válvula, e nem complementar a alimentação.

Penso que ela resiste para negar a doença da filha. Digo a ela: Você é médica? Fica brava num primeiro momento, mas passa a pensar sobre o que está querendo fazer com o bebê. Acolhe o que é dito, e mostra o quanto está difícil fazer o luto do bebê imaginário para acolher o seu bebê.

A mãe passa a vir ao grupo acompanhada da irmã e da avó materna, começa a permitir ajuda e inicia-se a formação da rede de sustentação. O bebê reage muito bem ao contato e começa a encantar essa mãe e o grupo. Chega ao grupo e sorri para as pessoas, mexe com o seu olhar.

Aos cinco meses, é necessário fazer outra cirurgia – a colocação da válvula cefálo-abdominal. A mãe fica muito preocupada porque o bebê tem que ficar oitohoras em jejum para o processo cirúrgico. *Trabalho com a mãe, para que ela converse com a filha e explique o que está acontecendo, e a necessidade de ficar em jejum.*

Na semana seguinte à cirurgia, a mãe volta e conta que está muito feliz, porque tudo havia dado certo, e o bebê não tinha dado trabalho para ficar de jejum. Ela diz: “Não acredito que ela pôde entender o que estava acontecendo e colaborou com tudo.”.

Após esse período, a mãe volta a trabalhar, começa a acreditar que a filha pode ser cuidada pela avó materna, e que ela tem condições de sobreviver sem a

presença da mãe. É também nessa época que ocorre a entrada do pai nessa relação, com o reconhecimento do real potencial da criança.

A filha está muito viva emocionalmente, encanta as pessoas com o seu olhar, seu sorriso, e começa a rolar na cama, a sentar-se, enfim, vai executando funções que não eram esperadas a partir de seu diagnóstico.

Hoje ela está com dois anos e anda sozinha, com auxílio de uma bota ortopédica. Vemos o quanto à medicina não pode substituir o emocional de um ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs-se a investigar as intervenções precoces, baseado no desafio da construção de uma nova proposta de trabalho em saúde pública.

Inicialmente, o Grupo tinha o objetivo de reforçar a necessidade do aleitamento materno, e a enfermagem orientava as mães de forma técnica, centrada em ações biomédicas, marcadas por ações que olhavam para uma função, o aleitamento.

Diante de uma crescente e importante demanda pontuada pelas angústias trazidas pelas mães, às ações do grupo resultaram em práticas de continência para a relação entre mãe e bebê. Então, foi necessário um trabalho conjunto entre enfermeira e psicóloga, passando por um atendimento personalizado e centrado nas singularidades, atrelando a nossa “definição” de bebê à noção de sujeito. Além disso, as ações nos acolhimentos e grupos buscaram unir as dimensões de constituição psíquica e desenvolvimento.

Historicamente, o período do Ser bebê, foi algo que começou a ser pensado nos últimos anos. Vimos o quanto são importantes as primeiras relações para construção da constituição psíquica do bebê, e pensando nisso, foi criado esse espaço para trabalhar a intervenção precoce mãe e bebê, principalmente nesse período de zero a um ano.

A importância da criação de serviços de prevenção precoce dos distúrbios psíquicos deve ser reconhecida, pois os bebês produzem constantemente coisas novas, criam, ou seja, têm uma posição de busca. Ser bebê é tudo por fazer, tudo por construir, e é o começo da posição subjetiva (CORIAT; MACIEL, 2004). Tal posição precisará de um “Outro primordial” ou uma mãe “suficientemente boa” para que o bebê possa vir a ser criança.

Segundo Klautau (2002), todos os bebês nascem como organismos (braços, pernas, elementos sensoriais), mas não tem ideia que têm esses instrumentos. Começam a descobri-los, na medida em que o Outro, que exerce a função materna, significa seus movimentos, ações e instala um código, uma posição significativa a partir da qual os bebês vão poder começar a buscar conhecer os instrumentos que têm; vão começar a construí-los e uma vez descobertos, vão fazê-los funcionais.

Para Winnicott(2002), há necessidade de um ambiente suficientemente bom para que o bebê possa desenvolver suas capacidades com recursos próprios, passando pelos estágios de total dependência do objeto até alcançar sua diferenciação enquanto sujeito.

Norteadas por esses autores, a intervenção do “Grupo de Aleitamento” trabalhou em uma perspectiva de prevenção possível em saúde mental. Mejias (1984) salienta que a preocupação principal do psicólogo tem sido o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas cotidianos, contribuindo em saúde pública numa perspectiva de prevenção e em âmbito comunitário. Outros autores discutem a possibilidade do trabalho psicanalítico com bebês, no que diz respeito à prevenção em saúde pública.

O nosso trabalho prioriza a relação mãe-bebê, na construção de um olhar de investimento na dupla, considerando que não é o peito ou a mamadeira que garante a presença desse olhar. Mesmo prestando todo cuidado ao filho, a mãe pode não ser portadora de um olhar de investimento, e sim de um “tomar conta” do corpo. Quando isso acontece, o filho não é investido. O fato é que a amamentação, por si só, não garante a presença do olhar de investimento; é preciso que, além do alimento que a mãe conscientemente quer oferecer a seu filho, haja um algo mais, e isso envolve questões de ordem inconsciente.

O quanto a nossa intermediação vem no sentido de, primeiramente, acolher e olhar para essa mãe? Acreditamos que a partir do momento em que essa mãe é olhada e acolhida, ela pode ser continente e ter um novo olhar para seu bebê. Somente a partir dessa construção da maternagem é que a amamentação pode ocorrer de forma mais inteira, em nível nutricional e afetivo.

E em relação ao relato de caso - “Encontro dos olhos azuis”, destacamos a importância da interdisciplinaridade. Quando chega uma mãe com a ferida narcísica aberta, com um real do corpo que não se cura, a demanda explícita dos pais e da equipe terapêutica; faz-se necessária a continência das fases do trabalho de

desmitificar o bebê imaginário e passar à construção do sujeito. É preciso trazer a filiação para a borda do que se vê, o desdobramento da escuta dessa demanda, o estabelecimento e o desenvolvimento da transferência dos diferentes profissionais numa mesma direção, o aparecimento da denegação do desejo de morte acolhido e transformado, vacilações do eu ideal da criança e os fantasmas sociais.

Essa dupla mãe-bebê foi atravessando por essas fases com acolhimento. O fortalecimento e a ponte entre os profissionais (pediatra, psicólogo, enfermeira) foram armando uma rede de sustentação para o laço dessa dupla, dando espaço a uma mãe mais inteira e a um bebê que, apesar de não curar, era um outro, com suas qualidades e necessidades atendidas na formação do sujeito, no seu *fort-da*, na sua imagem de espelho, preparando-se para outras fases que estão por vir no seu desenvolvimento (JERUSALINSKY, 2002)

Para tanto, o trabalho exigiu o respeito, continência para com as duplas mãe e bebê, pois a tarefa básica do psicólogo é facilitar o processo de mudança das pessoas que atende. É fundamental a sintonia e o respeito pelo ritmo do outro, a descoberta das permeabilidades e das possibilidades (MALDONADO, 1990).

Finalizando a trajetória teórica e clínica que compõe estudo, dedicação, amor, ética e desafios, encerro com as palavras de Campos (1992, p. 45), pontuando sabiamente que “*o trabalho em saúde mental é um compromisso ético de elaborar políticas públicas... isso abarcaria ações nas quais o profissional envolvido seja mais que profissional, seja sim um agente de mudança*”.

Referências

BERGÈS, Jean.; BALBO, Gabriel. *A criança e a psicanálise: novas perspectivas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOWLBY, John. (1976) *Cuidados Maternos e Saúde Mental*, São Paulo: Martins Fontes, 1981.

CAMPOS, Fernando. *O Lugar da Saúde Mental na Saúde*. In: *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CORIAT, Haydée.; MACIEL, Fernando. *Criança: sujeito na equipe interdisciplinar – ciclo de conferências*. *Cadernos Ninar*: Editora Universitária da UFPE, 2004.

COSTA, Lúcia H Moriel Romero: Grupo de apoio ao aleitamento materno e ao Vínculo Mãe-Bebê,2008. Trabalho apresentado em poster no *I Seminário Internacional Transdisciplinar de Clínica e Pesquisa sobre o Bebê*, Paris, 1-4 de julho de 2009. Disponível em http://www.institutolangage.com.br/seminario/trabalhos/Poster_1_ao_6.pdf

JERUSALINSKY, Julieta. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com o bebê*. Salvador: Ágalma, 2002.

KLAUTAU, P. (2002). *Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan*. São Paulo: Escuta.

MALDONADO, Maria Tereza. *Maternidade e Paternidade: A assistência no consultório e no hospital*. Petrópolis: Vozes, 1990.

MEJIAS, Nilce Pinheiro. *O psicólogo, a saúde pública e o esforço preventivo*. Rev. Saúde Pública, n. 2, v.18, p. 155-161, abr. 1984.

RACAMIER, P.C.; SENS, C.; CARRATIER, L. (1961). *La mere et l'enfant dans les psychoses du post-partum*. In: CAMAROTI, C. M. (org) (2001) *Atendimento ao bebê, Uma Abordagem Interdisciplinar*. (artigo 5) São Paulo: Casa do Psicólogo,p.51.

WINNICOTT, D.W.(1965).“O relacionamento inicial entre a mãe e o bebê”. In: *A família e o desenvolvimento individual*. Trad. Marcelo Brandão Cippola. São Paulo: Martins Fontes, 2001,p.21-28.

_____. (2002). *Os Bebês e suas mães*. Luiz Camargo. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p.49-74.

